

**ЕВИДЕНЦИЈА О ИЗВРШЕНИМ ЛЕКАРСКИМ ПРЕГЛЕДИМА ЗАПОСЛЕНИХ
У СКЛАДУ СА ПРОПИСИМА О БЕЗБЕДНОСТИ И ЗДРАВЉУ НА РАДУ**

Пословно име послодавца :

Адреса седишта

ПИБ послодавца

Редни број	Име и презиме запосленог који је извршио лекарски преглед	Назив радног места	Лекарски преглед запосленог у складу са прописима о безбедности и здрављу на раду	Датум извршеног лекарског прегледа запосленог	Датум када треба да се изврши следећи лекарски преглед запосленог	Предузете мере (распоређен на друго радно место-послове)

Лице за безбедност и здравље на раду

М. П.

Послодавац